LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINOME PRIMITIF

DU CORPS UTÉRIN

PAR

G. AMADEO

Thèse présentée à la Faculté de Médecine de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

GENÈVE
Imprimerie Remy Schira, Cours de Rive, 3
1884

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINOME PRIMITIF

DU CORPS UTÉRIN

PAR

G. AMADEO

Thèse présentée à la Faculté de Médecine de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine



GENÈVE
Imprimerie Rémy Schira, Cours de Rive, 3
1884

5̶8̶2̶

A la mémoire de mon Père

A ma Mère

A mon Oncle Agostino Amadeo

A Monsieur le Professeur

G. Orcesi

A mon cher Maître

M. F.-W. ZAHN

Professeur d'Anatomie pathologique

à l'Université de Genève

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINOME PRIMITIF

DU CORPS UTÉRIN

La rareté du *carcinôme primitif du corps utérin,* que les travaux de *Gusserow*[1] et de *Weit*[2] ont mis en relief, nous a engagé à profiter d'un cas dont les pièces se trouvent au Musée d'anatomie pathologique de notre Université et à en faire l'objet de notre thèse.

Nous devons de précieux renseignements concernant l'observation clinique du cas à MM. les docteurs Rostan et Jeandin, Assistants à la Clinique médicale, ce dont nous les remercions ici vivement.

[1] Die Neubildungen des Uterus. (Handbuch der Frauenkrankheiten. Billroth. 1878-82).

[2] Ueber Carcinom des Uteruscörpers. (Centralbl. f. Gyn. N° 2), résumé in Canstatt's Jahresbericht. 1880. II Bd.

OBSERVATION CLINIQUE

Diagnostic. — Cancer utérin. — Foyer pneumonique du sommet droit. — Hémorroïdes.

Antécédents.— Le père de la malade est mort à un âge avancé; la mère est morte en couches à à l'âge de 41 ans. De ses sept frères, quatre sont morts en guerre et trois sont bien portants. Ses deux sœurs sont aussi en bonne santé. Mariée en premières noces à l'âge de 22 ans, elle n'a vécu que quelques années avec son premier mari, qui est mort assassiné. Mariée en secondes noces à l'âge de 36 ans, elle fut une seconde fois veuve au bout de quelques années, son second mari étant mort d'une attaque d'apoplexie à 47 ans. Aucun enfant n'est issu de ces deux mariages.

Réglée à 16 ans, ses époques furent toujours irrégulières ; il suffisait qu'à ce moment la malade éprouvàt la moindre émotion pour qu'immédiatement elles fussent suspendues, et la malade raconte que cet arrêt coïncidait presque toujours avec l'apparition d'abcès dans l'aisselle et ailleurs. A cinquante ans, ménopause.

Anamnèse. — Après la ménopause la malade accuse *des douleurs lombaires* d'abord peu intenses, mais qui peu à peu augmentent d'une façon plus ou moins continue. En même temps surviennent *des pertes blanches sans odeur ou aspect particuliers.* Jamais de pertes sanguines jusqu'à l'âge de 58 ans, époque à laquelle elle a eu *pour la première fois une métrorrhagie* assez abondante.

A partir de ce moment les métrorrhagies se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés, au

point que la malade *croit à un retour de ses règles.* Pendant ces intervalles la patiente continue à avoir des pertes blanches assez abondantes *sans odeur caractéristique.*

Au mois de décembre elle consulte un médecin. Celui-ci diagnostique une affection gynécologique et envoie la malade à la Maternité où elle entre le 13 décembre 1883 et où elle subit un traitement approprié jusque vers le commencement de janvier 1884. A ce moment se déclarent des symptômes d'une affection thoracique avec dyspnée et point de côté intenses et le 12 janvier elle entre à l'Hôpital Cantonal dans le service de M. le professeur Revilliod.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, aux cheveux gris, figure ridée, pâle, légèrement jaunâtre, yeux enfoncés dans les orbites et cernés, faciès abdominal, très oppressée (ne peut compter jusqu'à trois), souffrante, plaintive. Ganglion susclaviculaire gauche engorgé, légèrement douloureux.

Toux fréquente, crachats sanguinolents, couleur groseille. Les poumons ne présentent rien de particulier à la percussion, sauf une légère élévation du ton au niveau du bord interne de l'omoplate droite. L'auscultation dénote la présence de nombreux râles fins, serrés et humides, aux deux bases en arrière.

A droite, dans l'espace interscapulo-vertébral, près de la pointe de l'omoplate, la respiration présente un timbre soufflant ; ronchus disséminés dans les deux poumons en avant et dans l'aisselle. Pas de branchophonie, pas d'égophonie.

Le cœur est un peu agrandi, surtout aux dépens du ventricule droit ; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal en dedans de la ligne mamillaire.

Les bruits du cœur sont bien battus, mais précipités et irréguliers (arythmie). Le pouls est petit, dépressible, très-fréquent, irrégulier et inégal.

Le foie est agrandi, il dépasse le rebord costal. L'abdomen est un peu ballonné. A la palpation on constate la présence d'une tumenr dans l'hypogastre et la fosse iliaque gauche avec empâtement et douleur augmentant par la pression.

On constate par le toucher vaginal que l'entrée du vagin est un peu douloureuse et que la paroi antérieure présente vers sa partie supérieure une tumeur dure, douloureuse à la pression et remplissant presque totalement le cul-de-sac antérieur. Le col est dur, entr'ouvert, douloureux à la pression et immobile. Le cul-de-sac postérieur est effacé et l'on sent en arrière une grosse tumeur lisse, dure, douloureuse et immobile. En retirant le doigt on constate qu'il est recouvert de *mucosités à odeur infecte.*

En pratiquant le toucher rectal on rencontre à l'entrée de l'anus des tumeurs hémorroïdales de volume différent et douloureuses. La paroi antérieure du rectum est fortement refoulée contre le sacrum par une tumeur du volume d'une orange, non mobile et douloureuse.

La miction est assez fréquente. Il y a constipation. (Pouls 134. Température 38° 2).

16 Janvier. — La dyspnée persiste. Toux. Crachats gelée de groseille. Les râles persistent aux deux bases en arrière et sur l'omoplate droite; la respiration est toujours soufflante. Pouls toujours petit, dépressible, inégal et irrégulier. Constipation opiniâtre, ne cédant qu'aux purgatifs. La malade se plaint de *fortes douleurs dans les lombes et les cuisses, s'exagérant pendant la nuit et lui arrachant des cris.*

Traitement. — Eau hongroise. Injections sous-cutanées de morphine. Cataplasmes laudanisés sur l'abdomen. Potion cordiale.

2 Février. — L'oppression, qui avait un peu disparu, reparaît. A la percussion du thorax on constate de la *submatité* dans l'espace interscapulo-vertébral droit, près de la pointe de l'omoplate. L'auscultation révèle la présence *d'un souffle* expiratoire à ce niveau et en même temps de râles sous-crépitants et muqueux. Le murmure vésiculaire est généralement diminué dans les deux poumons qui laissent percevoir des ronchus et des sibilances. Oedème des jambes, surtout accentué à droite. (Température 38° 2).

Traitement. — Ventouses. Injections de morphine. Lavements laudanisés.

9 Février. — La fièvre a disparu. Les douleurs persistent en augmentant d'intensité. Les pertes deviennent plus abondantes, sont légèrement rosées et répandent une odeur infecte. Une eschare apparaît au sacrum. La femme devient très cachectique.

Traitement. — Injections vaginales au térébène. Pansement au térébène. Injections sous-cutanées de morphine.

14 Février. — Mort dans le marasme.

Autopsie de cours faite par un Étudiant le 18 février 1884

Diagnostic clinique. — Carcinôme utérin. Foyer pneumonique du sommet droit. Hémorroïdes.

Diagnostic anatomique. — Carcinôme du corps utérin. Métastases multiples. Kystes ovariques.

Femme de taille moyenne, pâle, amaigrie. Œdème de la jambe droite. Peu de rigidité cadavérique. L'abdomen est un peu tendu. Le tissu

adipeux sous-cutané a presque complètement disparu. La musculature est faible.

A l'ouverture de la cavité abdominale on voit sur l'épiploon une tumeur blanchâtre grosse comme un œuf de pigeon, ainsi que des kystes dans les deux ovaires.

Ces tumeurs kystiques remplissent le petit bassin et remontent dans la grande cavité abdominale. L' S iliaque adhère à ces tumeurs.

A l'ouverture de la cavité thoracique on constate que les poumons sont mal rétractés. La surface de la plèvre montre des arborisations d'un blanc-jaunâtre dues probablement à une infiltration carcinomateuse des lymphatiques.

Le diaphragme présente deux tumeurs rondes, aplaties, jaunâtres, d'apparence carcinomateuse. Les ganglions péribronchiques sont tuméfiés et ramollis et ont également un aspect cancéreux.

Sur la face interne du poumon gauche on observe une petite tumeur. La surface postérieure du sternum est hypérémiée et la plèvre y adhère.

Le cœur droit est distendu et son endocarde est épaissi. Le cœur gauche présente des plaques scléreuses. Le trou de Botal est fermé. L'aorte est suffisante.

L'œsophage est normal.

A la coupe du poumon droit on trouve une caverne dans le lobe supérieur, en arrière; une des artères pulmonaires correspondantes renferme un thrombus. Les bronches laissent écouler du muco-pus.

Le poumon gauche, sur une section, présente des tumeurs jaunâtres ressemblant à des carcinômes. Pas de muco-pus dans les bronches.

La rate est agrandie et pâle.

Les capsules surrénales sont normales.

Les ganglions de la région lombaire sont considérablement tuméfiés et font saillie au devant de la colonne vertébrale.

Les reins sont de grandeur normale et mous. Ils se décortiquent mal, la substance corticale adhérant à la capsule. A la coupe on voit que la substance corticale a diminué d'épaisseur.

Le canal cholédoque est perméable.

L'estomac montre les lésions de l'autodigestion *post-mortem*.

Dans la vésicule biliaire on trouve un peu de bile claire.

A gauche du ligament suspenseur du foie on voit un kyste.

A la coupe, le foie présente quelques petites tumeurs jaunâtres d'aspect carcinomateux.

On enlève les organes du petit bassin. Le rectum et la vessie ne montrent rien de particulier.

Dans le cul-de-sac antérieur du vagin il existe une tumeur ulcérée du volume d'une noix. Le col utérin a un aspect normal; le corps de l'utérus a augmenté de volume et sa cavité est agrandie. La surface interne est purulente, déchiquetée.

Les trompes n'offrent rien de spécial.

L'ovaire gauche est transformé en un kyste multiloculaire à contenu séro-fibrineux. A la coupe, on voit que le côté externe de la tumeur est occupé par des masses solides. L'hydatide de Morgagni du côté gauche a un long pédicule et adhère par son extrémité libre à la tumeur de l'ovaire.

L'ovaire droit, très agrandi, montre des kystes et une partie solide considérable vers la ligne médiane.

Le ligament large du côté gauche est induré.

On trouve un thrombus dans la veine iliaque droite. Ce vaisseau est compris dans une masse

de tissu formé par des ganglions lymphatiques considérablement tuméfiés.

Les ganglions périaortiques sont volumineux.

Le crâne est brachycéphale.

On observe des excroissances sur la dure-mère qui recouvre les fosses sphénoïdales.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

On ne rencontre rien de particulier à la vulve.

En fait d'altérations, le vagin ne montre qu'une tumeur grosse comme une noix et ulcérée sur les deux tiers de sa surface dans le cul-de-sac antérieur.

Si l'on imprime des mouvements à cette tumeur, on sent qu'elle se continue avec les tissus sous-jacents à la muqueuse vaginale.

On s'assure de ce fait en pratiquant une section à travers la tumeur. On constate alors qu'elle se continue directement avec les tissus péri-vaginal et péri-utérin, lesquels n'ont pas la même consistance que la tumeur, mais sont plus mous.

L'utérus, vu de l'extérieur, ne présente rien de particulier, en dehors d'un certain degré d'hypertrophie. La surface séreuse est unie, sans bosselures ni rugosités, sur toute son étendue.

L'utérus mesure en hauteur sept centimètres et demi dont quatre pour le corps, et en largeur sept centimètres et demi également. Le col est un peu augmenté de volume et dur.

Sur la section on constate que la surface interne du col est légèrement ramollie, mais que les plis

de la muqueuse sont bien visibles. En somme le col est en très bon état.

Quant au corps de l'utérus, ses parois ont presque partout deux centimètres d'épaisseur et sa cavité est agrandie.

La surface interne est érodée et filamenteuse. Ces caractères vont en s'accentuant au fur et à mesure que l'on se dirige vers le fond de l'utérus. La paroi offre ce même aspect sur un tiers et plus de son épaisseur. Depuis ce point le tissu prend un aspect plus fibreux et sa consistance devient plus ferme. A la limite du corps et du col la différence entre les deux faces internes est remarquable.

Les tissus qui entourent l'utérus et la partie supérieure du vagin, ainsi que les ligaments ronds et larges, sont indurés.

Les trompes de Fallope ne présentent rien de particulier. L'hydatide de Morgagni du côté gauche a un long pédicule libre de toute adhérence, tandis que l'extrémité libre adhère à une tumeur développée dans l'ovaire gauche, tumeur d'apparence kystique et présentant le volume d'un poing d'adulte.

La capsule ovarique est épaissie, mais sans autres altérations.

Cette tumeur a des adhérences très solides avec le péritoine, en dehors et en arrière. Sur la ligne médiane elle est accolée à une autre tumeur développée aux dépens de l'ovaire droit, mais les deux sont nettement séparées par les capsules épaissies.

L'ovaire droit, également volumineux, laisse sentir à la pression une partie solide vers la ligne

médiane, et une partie plus molle, fluctuante, vers l'extérieur.

Il adhère faiblement à la séreuse de la face postérieure de l'utérus, descend très bas en comprimant et en repoussant en arrière le rectum.

Sur une section, le kyste ovarique gauche montre des poches kystiques en assez grand nombre et généralement petites, ainsi que des ilôts de substance encore solide, mais molle et friable, d'un blanc-rougeâtre ou légèrement jaune.

Ces ilôts sont distribués à la périphérie de la tumeur. A la partie externe de celle-ci se voit une poche kystique beaucoup plus volumineuse que les autres. Ces kystes ont un contenu séreux avec des flocons d'apparence fibrineuse.

A la coupe, le kyste ovarique droit montre une tumeur solide occupant sa partie interne, tumeur dont le tissu ressemble à celui qui constitue les parties solides du kyste ovarique gauche. C'est cette tumeur qui descend et comprime le rectum ; elle est assez exactement enveloppée par une coque de tissu conjonctif épaissi, mais sans aucune autre altération.

Dans sa partie externe la tumeur présente un certain nombre de kystes, du fond desquels s'élèvent, en guise de champignons, des masses molles, friables, ayant la même apparence que la tumeur décrite ci-dessus.

Tous les ganglions lymphatiques du petit bassin sont considérablement tuméfiés. Au devant de la colonne vertébrale, dans la région occupée par le canal thoracique, on voit un grand nombre de

tumeurs de différentes grandeurs et dont la forme est celle des ganglions et des conduits lymphatiques dilatés et variqueux.

Des thrombus considérables obstruent en partie la lumière des veines du petit bassin, surtout à droite. L'un d'eux se continue jusque dans la veine cave.

L'aorte et les artères iliaques primitives montrent sur leur face interne des plaques jaunâtres en très grand nombre. Sur quelques points la paroi artérielle représente une coque de consistance cartilagineuse revêtue à l'extérieur par une membrane délicate, qui semble être l'adventice encore saine.

Le diaphragme présente à droite deux tumeurs d'apparence carcinomateuse, inégalement développées, et circulaires.

La plus petite a, sur la face thoracique, la grandeur d'une lentille, et la plus grande celle d'une pièce de deux francs. Sur la face abdominale elles sont beaucoup moins développées.

Ce sont des tumeurs de couleur jaunâtre, aplaties, légèrement exhaussées sur leur bord, lequel est régulier. Immédiatement autour d'elles il existe une zone d'hypérémie, et plus loin des veinectasies multiples.

En pratiquant une section à travers ces tumeurs, on constate qu'elles intéressent toute l'épaisseur du diaphragme et que le péritoine et la plèvre sont pris.

Les ganglions lymphatiques du médiastin sont considérablement tuméfiés.

2

Les tumeurs signalées à l'autopsie sur la dure-mère cranienne offrent l'aspect d'excroissances papillomateuses rougeâtres, probablement de nature cancéreuse.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Les coupes ont été examinées telles quelles ou après avoir été colorées soit au carmin à l'alun, au carmin de lithine, au bleu de méthylène, soit encore au brun de Bismarck. Elles ont été montées dans la glycérine.

CORPS DE L'UTÉRUS

A. *Faible grossissement*

(Hartnack — obj. 4 — ocul. 3)

Plus de traces de la membrane muqueuse. A sa place il y a un tissu érodé, filamenteux.

Le tissu musculaire se présente différemment selon la partie du corps utérin que l'on examine. Ainsi, dans la partie plus inférieure, notamment dans la paroi antérieure, il est assez bien conservé, quoique les faisceaux en soient plus écartés qu'à l'état normal.

Dans la portion supérieure et surtout en arrière, il a complètement disparu et il est remplacé par la tumeur.

Le tissu conjonctif est en général peu altéré; il l'est plus dans la portion supérieure qu'ailleurs. La séreuse est épaissie, sans aucune autre altération.

Ce qui frappe d'abord en examinant ces coupes, ce sont des amas cellulaires en grand nombre, que le carmin a colorés vivement. Le tissu musculaire d'un rouge-brun et le tissu conjonctif d'un beau rose plus ou moins pâle qui les entourent, les font ressortir très distinctement.

Ces amas cellulaires n'ont avec le tissu propre de l'organe que des rapports de contiguïté; chacun d'eux est entouré d'une ou de plusieurs travées de tissu conjonctif qui est reconnaissable à sa disposition en faisceaux fibrillaires.

Nous nous trouvons donc en présence de ce que l'on est convenu, en anatomie pathologique, d'appeler des *alvéoles*.

Nous pouvons, pour le besoin de la description, établir parmi eux deux espèces principales, lesquelles sont reliées l'une à l'autre par de nombreuses variétés.

Les deux espèces se différencient par certains caractères que nous allons indiquer.

Dans la première, de grandes travées de tissu conjonctif forment la limite de vastes cavités remplies plus ou moins complètement de cellules ou bien de masses jaunâtres et sales, d'apparence caséeuse. Ces grands alvéoles sont prédominants dans la portion supérieure du corps utérin, et ceux dont le contenu est jaunâtre et sale l'emportent en nombre sur les autres.

C'est aussi dans cette même portion que le tissu conjonctif, surtout autour des alvéoles à contenu jaunâtre, est infiltré d'une manière plus intense d'éléments cellulaires.

Dans la deuxième espèce, les alvéoles sont beaucoup plus petits; le tissu conjonctif qui les limite est plus délicat. Au lieu d'avoir beaucoup de grands alvéoles qui se touchent, nous en avons de petits, assez espacés. Leur forme rappelle celle d'un boyau coupé parallèlement à sa longueur.

Les alvéoles de cette espèce prédominent dans la portion inférieure du corps utérin, tandis qu'ils sont rares dans la partie supérieure.

Les grands alvéoles sont surtout caractérisés par le tissu conjonctif qui les limite. Celui-ci, dans les préparations colorées, ressort par les cellules qu'il contient et par la coloration de ses faisceaux; il tranche nettement sur le contenu cellulaire des alvéoles, qui est faiblement coloré.

Les petits, par contre, se distinguent plutôt par leur contenu fortement coloré vis-à-vis de la paroi alvéolaire qui l'est moins.

Entre ces deux espèces, il existe un grand nombre de variétés selon la nature, le nombre et la disposition des cellules, selon le degré de condensation du tissu conjonctif périalvéolaire, enfin selon l'étendue des cavités à cellules.

Nous avons cru bon d'indiquer ces détails, car ils seront utiles lorsqu'il faudra conclure sur la marche du processus dont nous constatons maintenant les lésions.

Nous insistons encore sur ce fait, à savoir que dans les petits alvéoles le contenu cellulaire est toujours bien coloré. Ce n'est que dans les grands que nous avons observé des masses d'aspect caséeux.

En examinant les petits alvéoles, on constate souvent que sur une portion plus ou moins grande de leur étendue, l'amas cellulaire ne touche pas la paroi alvéolaire; il en est séparé par un espace de forme variée et tout à fait libre de cellules.

A la limite de ces espaces libres nous avons souvent rencontré un grand nombre d'éléments très fins, adossés au stroma, et dont la partie centrale était plus épaisse que les extrémités. Ces éléments ressemblent à des cellules endothéliales.

De pareils éléments se voient aussi entre le stroma et les amas cellulaires; seulement, ils ont des rapports plus intimes avec le premier. Ils ne sont pas toujours placés d'une façon continue l'un à la suite de l'autre, mais on observe quelquefois ce fait sur une assez longue étendue de la paroi. Ailleurs ces éléments sont simplement disséminés.

Avec ce grossissement, le contenu cellulaire des cavités apparaît comme un ensemble de points vivement colorés, surtout par le carmin de lithine. Le contenu jaunâtre des grands alvéoles se montre granuleux, amorphe, plus ou moins foncé. Dans les mêmes alvéoles, on peut quelquefois observer des groupes de cellules bien colorées à côté d'amas d'apparence caséeuse.

A un plus fort grossissement (Zeiss — obj. B. — ocul. 3), le tissu conjonctif montre les mêmes caractères. Les cellules contenues dans les alvéoles apparaissent mieux; elles sont polygonales, quelques-unes plutôt rondes (lorsqu'on les voit isolées), et les éléments allongés qui tapissent la paroi alvéolaire sont plus distincts.

B. *Fort grossissement*

(Zeiss — obj. D. — ocul. 3)

On voit distinctement, outre les cellules polygonales, des cellules épithéliales cylindriques avec un noyau placé au centre. Ces dernières sont réunies par groupes et adhèrent à la paroi alvéolaire. Quelques-unes sont légèrement coniques, d'autres rappellent les cellules cylindriques à cils vibratiles.

Les cellules, polygonales ou cylindriques, sont tantôt claires, tantôt plus foncées à cause de nombreuses granulations protoplasmatiques qui y sont contenues.

Le noyau est assez visible ; il est au centre ou vers la périphérie des cellules. Celles-ci, en général, adhèrent peu à la paroi alvéolaire.

Parmi les grands alvéoles, on en trouve qui sont vides. En observant alors, attentivement le stroma, on retrouve les éléments plats que nous avons déjà mentionnés.

Les amas amorphes sont constitués par des cellules petites et déformées, et dans leur voisinage on observe des gouttelettes de graisse en grand nombre.

COL DE L'UTÉRUS

Dans la muqueuse on ne distingue plus d'épithélium, mais par-ci par-là quelques glandes. Il n'y a aucune trace d'amas cellulaires semblables à ceux que nous avons décrits dans le corps utérin.

Le tissu conjonctif est fortement infiltré d'éléments ronds et fusiformes.

Ce fait se montre avec le plus d'intensité du côté de la cavité.

Dans le voisinage de la muqueuse se montrent des masses jaunâtres de forme ovalaire, dont la petite extrémité est tournée du côté de la cavité. Ces masses sont entourées d'une coque épaisse de tissu conjonctif en prolifération. A un grossissement suffisamment fort (Zeiss — obj. D. — ocul. 3), apparaissent, dans l'intérieur de ces masses, des cellules déformées, irrégulières et l'on constate que la paroi est revêtue par place de cellules épithéliales cylindriques. Il existe un assez grand nombre de ces masses jaunâtres qui, selon toute probabilité, sont des kystes de rétention développés dans les glandes.

LIGAMENTS LARGES

A côté des éléments propres à ces organes, on retrouve les éléments particuliers décrits à propos du corps de l'utérus. Le tissu conjonctif est altéré.

VAGIN

Les coupes pratiquées dans la tumeur précédemment signalée montrent d'abondants alvéoles en tout semblables à ceux du corps utérin. Le tissu conjonctif est infiltré de cellules rondes et fusiformes.

OVAIRES

A. *Faible grossissement*

(Zeiss — Obj. B — Ocul. 3)

De larges travées de tissu conjonctif normal ou peu altéré (à gauche surtout), circonscrivent de vastes espaces de forme ovalaire.

Ces travées, par leurs nombreuses ramifications, forment des mailles dans lesquelles sont logées des cellules en nombre très considérable.

Sur quelques points de la préparation ces espaces à cellules rappellent un peu la forme des alvéoles carcinomateux de l'utérus.

Des faisceaux délicats de tissu conjonctif embrassent exactement des masses cellulaires de forme ovale. Nous avons souvent trouvé, au point où aboutissaient plusieurs de ces masses, des amas de substance jaune, brillante, rappelant l'aspect des dépôts de pigment sanguin. Ils étaient toujours de très petit calibre et entourés de tissu conjonctif.

A un plus fort grossissement (Obj. D — Ocul. 3), on voit qu'en général les cellules se sont très peu colorées.

A bien des endroits c'est à peine si leur ensemble présente une faible teinte rosée.

Par places les cellules sont réunies en grand nombre. Alors on voit avec difficulté, par-ci par-là, quelques fins faisceaux de tissu conjonctif rose.

Sur d'autres points, par contre, elles sont si raréfiées, qu'on peut très bien voir les fins trabécules qui forment les mailles, bien colorées en rose.

Les cellules innombrables qui remplissent les mailles que nous venons de décrire, présentent les caractères des cellules du pus.

Il existe souvent entre elles un reticulum excessivement délicat, non coloré, de nature granuleuse, rappelant l'aspect de la fibrine.

Dans aucune des coupes examinées nous n'avons pu constater de traces de la structure propre des ovaires.

GANGLIONS LYMPHATIQUES

(Zeiss — Obj. B. — Ocul. 3)

La capsule est épaissie. Le tissu conjonctif qui la constitue en grande partie est altéré. On y aperçoit des cellules fusiformes ressemblant à des fibres musculaires lisses. Les nombreux vaisseaux de la capsule n'offrent aucune altération.

Le tissu cellulaire de ces ganglions est médiocrement infiltré de cellules fusiformes. Il est considérablement développé, ce qui donne à ces organes une apparence fibreuse très marquée.

Toute trace de la structure propre des ganglions a disparu. On ne voit que des amas cellulaires entourés de faisceaux de tissu conjonctif. Le tout présente les caractères mentionnés à propos du corps utérin.

Les TROMPES sont normales.

La tumeur signalée à l'autopsie sur l'ÉPIPLOON s'est montrée de nature carcinomateuse. A côté des alvéoles cancéreux, il existait du tissu adipeux en abondance et en très bon état.

L'examen des GANGLIONS PÉRIBRONCHIQUES trouvés à l'autopsie tuméfiés et ramollis, a révélé leur état carcinomateux.

Ces organes présentaient en même temps des dépôts considérables de matière noire (charbon).

Les tumeurs du DIAPHRAGME, de même que les nodosités jaunâtres des POUMONS et les excroissances de la DURE-MÈRE, ont été effectivement retrouvées de nature carcinomateuse, ainsi que l'avait fait présumer l'examen macroscopique.

Ajoutons, pour finir, que l'examen des THROMBUS du petit bassin n'a rien montré de particulier dans leur constitution.

Après l'examen microscopique qui précède, nous pouvons dire que nous avons affaire ici à un *carcinôme.*

La constatation de la structure franchement alvéolaire de notre tumeur démontre aussi qu'il s'agit d'un *carcinôme alvéolaire.*

Nous avons vu, en effet, que chaque amas cellulaire était entouré d'une façon distincte par des faisceaux de tissu conjonctif. Dans des coupes intéressant la partie supérieure du corps utérin, à l'endroit où les alvéoles sont grands, il était permis de voir que les alvéoles communiquaient entre eux, c'est-à-dire qu'il y avait là plusieurs

étages superposés d'alvéoles en communication distincte les uns avec les autres. Pour cela, il fallait d'abord traiter les coupes par le pinceau, de manière à chasser le plus possible de cellules.

Ainsi, le stroma offre une structure *caverneuse* qui, dans les tumeurs malignes, est particulière au carcinôme.

Nous avons décrit, sur le pourtour des masses cellulaires, des éléments aplatis et allongés. Ce sont, à notre avis, des cellules endothéliales appartenant aux cavités lymphatiques que le carcinôme a atteintes, et dans lesquelles il prolifère.

Ces éléments sont moins souvent visibles dans les grands alvéoles.

Sur nos préparations, on constate que plus on s'éloigne de la face interne de la paroi utérine, plus aussi les grands alvéoles diminuent et les petits prennent le dessus. Ceci pour la portion inférieure de l'organe.

Quant à la portion supérieure, nous avons vu que les petits alvéoles sont fort rares et occupent le côté tout à fait externe, le voisinage de la séreuse. Ces faits nous mettent d'accord avec les idées généralement admises par les auteurs les plus modernes sur la genèse du carcinôme. Nous croyons, en effet, que les petits alvéoles sont l'image d'un degré moins avancé de l'évolution de notre tumeur.

On admet, surtout depuis les travaux de *Virchow,* qu'autour d'un noyau cancéreux qui a la tendance à se propager, il se fait un travail de prolifération dans le tissu conjonctif. C'est ce que

le pathologiste allemand a appelé la *zone indifférente.*

On connaît l'importance que *Virchow* attache à ce phénomène, lui qui fait provenir les cellules carcinomateuses des cellules du tissu conjonctif.

La prolifération de ce tissu est pour lui le premier indice de l'envahissement de celui-ci par la néoplasie.

Virchow croit à un pouvoir infectant exercé sur les tissus par les cellules cancéreuses. Dans sa *Pathologie des tumeurs,* à la page 53, là où il parle de la genèse des nodules métastatiques, il dit :

« On peut établir avec certitude, par l'observa-
« tion, que ces cellules (les cellules cancéreuses),
« répandues en quelque sorte comme des semences,
« ne donnent pas *par elles-mêmes* naissance aux
« nouvelles tumeurs ; que les nouvelles nodosités
« ne se développent pas par une sorte de germi-
« nation des cellules déplacées, mais que *les tissus*
« *préexistants subissent, en leur lieu et place,*
« *l'atteinte morbide,* et que, procédant d'eux et
« uniquement par un travail local de prolifération,
« les soi-disant métastases, les nodosités secon-
« daires se produisent.

« Il s'agit ainsi toujours d'une infection qui
« s'exerce par la partie détachée de la tumeur sur
« le tissu local, et la *dissémination* elle-même,
« par les éléments de la tumeur, nous conduit
« nécessairement à regarder ces éléments comme
« les agents de transport et les organes généra-
« teurs d'un principe infectant qui, de son côté,
« n'est pas nécessairement lié aux éléments cellu-
« laires. »

G. Müller, cité par *Waldeyer*[1], est bien allé plus loin. Il admettait deux virus, l'un spécial au carcinôme, et l'autre à l'épithéliôme.

« D'après mon opinion », dit-il, « les deux pro-
« cessus (le développement du carcinôme et de
« l'épithéliôme), sont des maladies d'infection pro-
« duites par l'action d'un virus lequel doit arriver
« en contact avec un point du corps prédisposé à
« subir son atteinte. Je ne sais rien sur la nature
« de ce virus.

« Cependant, le fait qu'il peut pénétrer et agir
« avec efficacité dans des régions du corps qui
« sont accessibles seulement au courant sanguin,
« me fait penser que si ce virus est une substance
« solide, celle-ci doit être dans un état de très
« grande division.

« Dans les deux cas il existe, entre le virus et
« les éléments cellulaires de l'organe affecté, le
« même rapport qu'entre les spermatozoaires et
« les œufs correspondants. Dans les deux cas, le
« résultat est une multiplication embryonnaire.

« Le virus du carcinôme diffère cependant
« essentiellement de celui de l'épithéliôme en ceci,
« que le premier, comme le virus syphilitique,
« attaque les éléments cellulaires de la substance
« conjonctive, tandis que le second s'adresse aux
« productions épithéliales du corps. »

Cependant, pour les auteurs plus récents, la prolifération cellulaire du tissu conjonctif doit être attribuée simplement à un état d'irritation et de réaction de ce tissu vis-à-vis de la propagation du néoplasme.

[1] Sul Cancro. (Conferenze cliniche di R. Volkmann.) Milano, 1882.

En effet, les recherches les plus récentes des anatomo-pathologistes allemands, parmi lesquels il convient de citer *Thiersch* et *Waldeyer*, tendraient à faire admettre que le carcinôme n'est qu'une formation épithéliale atypique.

Les cellules cancéreuses, étant donc de nature épithéliale, ne sauraient provenir de la transformation des cellules du tissu connectif.

Elles ne proviennent pas non plus d'un blastème générateur d'abord amorphe, puis granuleux, sorti à travers les parois des capillaires, ainsi que le pense *Follin*[1].

Elles ne sont pas non plus le produit de la transformation des globules blancs du sang. Ceux-ci ont été rencontrés au milieu des cellules cancéreuses, d'où l'hypothèse d'une transformation[2].

Kœster[3], dans un travail publié en 1869, est arrivé à la conclusion que les premières cellules carcinomateuses sont des cellules endothéliales des lymphatiques modifiées, et *Waldeyer*[4], entre autres opinions sur la genèse des cellules du cancer, mentionne celle qui fait provenir ces dernières des cellules ganglionnaires.

D'après *Sangalli*[5], de grandes cellules connectives et épithéliales, comme il s'en trouve respectivement dans le sarcôme et le carcinôme, pourraient se constituer au sein de petites cellules rondes formées dans le sang coagulé dans les

[1] Traité élémentaire de pathologie externe. Paris, 1861.

[2] Voir *Waldeyer*, loc. cit.

[3] Die Entwicklung der Carcinome und Sarcome. Würzburg. 1869, p. 37.

[4] Loc. cit.

[5] Scienza e pratica dell'anatomia patologica. Lib. IV. Fasc. I. Milano, 1875-1880.

grosses veines. Nous ne savons pas si cette théorie est basée sur des faits positifs.

Ainsi qu'il résulte de l'examen microscopique, l'état proliférатif du tissu conjonctif était loin d'être général et bien accentué. Sur beaucoup de points, cependant, l'on voyait distinctement des éléments cellulaires ronds et fusiformes en grande abondance dans le stroma alvéolaire de la portion supérieure du corps utérin.

Ce phénomène s'observait moins fréquemment lorsque le contenu alvéolaire était sain, que lorsqu'il était le siège d'un processus dégénératif (cellules à contenu fortement granuleux, masses amorphes d'aspect caséeux et gouttelettes de graisse).

Waldeyer[1] à propos d'éléments petits et ronds qu'il a observé dans le stroma cancéreux, s'exprime comme il suit :

« On peut presque toujours constater que dans « le voisinage des foyers cancéreux le tissu con- « nectif est plus ou moins fortement infiltré de « petites cellules rondes qui ressemblent complè- « tement aux cellules migratoires ordinaires, c'est- « à-dire aux globules blancs du sang.

« Comme ces cellules s'accumulent habituelle- « ment partout où existe un état irritatif, ainsi il « faut bien admettre que les foyers cancéreux « exercent une espèce d'irritation sur le stroma « vascularisé.

« Il s'en suit que dans les points de celui-ci les « plus rapprochés du foyer, les globules blancs

[1] Loc. cit.

« sont obligés d'émigrer, analoguement à ce qui « se passe dans les phénomènes inflammatoires.»

La présence des éléments fusiformes, autre indice d'un état irritatif, est attribuable à l'effet mécanique et aussi aux processus dégénératifs qui se sont établis dans le contenu alvéolaire. Un degré encore plus avancé de cet état du stroma pourrait conduire à la diminution de la cavité alvéolaire par la rétraction du tissu connectif *(squirrhe; carcinôme atrophique* de Cruveilhier).

Ainsi, le contenu alvéolaire et le stroma peuvent s'influencer réciproquement.

Quelle est la signification de l'état irritatif rencontré dans le col utérin?

Faut-il le considérer comme un phénomène de réaction contre l'envahissement du carcinôme?

Ce sont la muqueuse et les couches musculaires les plus proches qui sont infiltrées avec le plus d'intensité, quel que soit le point du col que l'on examine, aussi préférons-nous attribuer ce phénomène à l'irritation produite par le passage et la décomposition concomitante des matières provenant de la cavité du corps utérin.

Nous aurions ainsi affaire à une irritation ordinaire par agents chimiques.

La formation de kystes de rétention aux dépens des glandes trouve son explication dans l'état irritatif de la muqueuse.

En résumé, la tumeur est limitée exactement au corps; elle n'a pas dépassé l'orifice interne.

Nous voici donc en présence de deux organes, le vagin et l'utérus, qui sont devenus le siège d'une affection cancéreuse. Où est le point de départ?

Le carcinôme primitif du vagin est rare[1], *Barnes*[2] et *West*[3] croient cependant qu'on en a exagéré la rareté, mais le premier dit plus tard que presque toujours le carcinôme du vagin n'est qu'un stade avancé de celui de l'utérus.

M' Clintock[4] assure qu'il ne connaît pas un seul cas qui ne lui paraisse douteux. Dans tous ceux qu'il connaît, la tumeur avait débuté dans l'utérus ou la vulve.

Les lésions observées dans l'utérus et ailleurs sont si avancées que, si la tumeur avait pris son point de départ dans le vagin, elle se serait très probablement propagée au reste de cet organe,

[1] Nous trouvons cependant que dans une seule année trois cas de carcinôme du vagin, dont deux certainement primitifs, ont été observés à l'Hôpital de Trieste :

I. Cancer de la moitié supérieure du vagin; celui-ci communique avec la vessie. L'utérus est petit. Dégénérescence kystique des reins (58 ans);

II. Cancer épithélial du clitoris, de la moitié inférieure du vagin et des petites lèvres. (76 ans.)

III. Carcinôme de la moitié supérieure du vagin. Dans la cavité utérine un petit polype muqueux. Ulcères dissentériques dans le gros intestin. Tuberculose pulmonaire chronique. Marasme (54 ans).

(Resoconto sanitario dell' Ospitale Civile di Trieste redatto dal D[r] Brettauer 1876).

Le Musée d'anatomie pathologique de Genève possède également un spécimen de carcinôme primitif du vagin.

[2] Traité clinique des maladies des femmes. Traduit de l'anglais par le D[r] Cordes. Paris, 1876, p. 736-737.

[3] Cité par *Barnes,* loc. cit.

[4] Cité par *Barnes*, loc. cit.

elle aurait entamé et perforé la vessie ou le rectum, et transformé le vagin en un cloaque.

Il est remarquable, en outre, d'observer ce nœud carcinomateux tout à fait isolé. Il n'y a pas de nœuds secondaires engendrés par contact, comme on pourrait s'y attendre si la tumeur du vagin était la primitive.

Barnes[1] dit à ce propos :

« Le vagin, comme le péritoine, permet d'ob-
« server la propagation du mal par contact. Il
« n'est pas rare de trouver une plaque cancéreuse
« en face du siége primitif de la maladie. Cayley
« (Path. Trans. vol. XVII), décrit un cas d'épithé-
« lioma propagé par contact de la paroi antérieure
« à la paroi postérieure du vagin. »

On sait que le carcinôme du col est très souvent accompagné de foyers secondaires dans le vagin.

Des observateurs, *Cruveilhier*[2], *Wagner*[3], *Blau*[4], ont vu le carcinôme du vagin accompagner presque toujours celui du col. Nous voyons que le même fait peut se montrer quand c'est le corps qui est primitivement atteint.

Mais il faut qu'auparavant le carcinôme se propage au tissu péri-utérin. Arrivé là, il peut très bien, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphathiques, se continuer jusqu'au vagin et envahir

[1] Loc. cit.

[2] *Barnes*. Loc. cit.

[3] *Gusserow*. Sul carcimona dell'utero. (Conferenze cliniche di R. Volkmann). Milano 1882.

[4] Ibid.....

cet organe. En effet, les lymphatiques de ce dernier se réunissent dans les ligaments larges à ceux de l'utérus et il n'est pas très rare de voir le carcinôme se propager en opposition directe au courant lymphatique.

Selon toute probabilité, c'est ainsi que le néoplasme a atteint le vagin.

HISTORIQUE

Anatomie pathologique

Après avoir passé en revue la littérature et examiné les cas rapportés par Pichot, Schröder, Blau, Kiwisch, Lebert, Dietrich, Scanzoni, Wagner et Szukits, *Gusserow*[1] calcule à quatre-vingts le nombre des cas bien avérés de carcinôme primitif du corps utérin. L'auteur fait remarquer à propos que l'on a très souvent pris des sarcômes pour des carcinômes et que des tumeurs effectivement carcinomateuses, mais provenant d'autres organes, ont été considérées comme s'étant développées primitivement dans le corps utérin[2].

[1] Die Neubildungen des Uterus (Handbuch der Frauenkrankheiten — Billroth. 1878).

[2] Nous avons vu, au laboratoire d'anatomie pathologique de notre Université, une tumeur du corps de l'utérus qui, à l'autopsie, fut considérée comme étant un carcinôme.

La vulve et le vagin n'offraient rien de particulier.

L'utérus était considérablement agrandi et déformé, surtout dans le sens de sa largeur qui était de seize centimètres. Le col était plutôt effacé et très résistant. L'hypertrophie portait sur le corps.

Sur la face externe de ce dernier se voyaient de nombreuses saillies mamelonnées. La paroi était perforée et donnait issue à des masses irrégulières d'un tissu d'apparence

Weit[1], en consultant la littérature et sa pratique personnelle, n'a pu réunir lui que quarante-trois cas de carcinôme primitif du corps utérin. Au point de vue anatomique, il aurait constaté que le néoplasme prend toujours son point de départ dans les glandes, et que la muqueuse est toujours envahie par le processus, tandis que la couche musculaire reste presque toujours indemne. Le péritoine aussi est rarement attaqué.

Dans un cas de *Breisky*[2], *Eppinger* a observé distinctement la forme du cancroïde et *Gusserow* cite des exemples de passage de l'adénôme au carcinôme.

fongueuse. Par places on pouvait sentir par la pression que la paroi utérine était réduite à une membrane assez résistante, probablement la séreuse épaissie.

Sur la section, la matrice présentait les caractères suivants : la cavité, très irrégulière et très vaste, était circonscrite par des masses considérables d'un tissu d'assez bonne consistance formant des excroissances mamelonnées. L'aspect et la structure de ce tissu étaient, à l'œil nu aussi bien qu'à la loupe, ceux d'un carcinôme.

Les parois du corps ne pouvaient plus se différencier de la tumeur, surtout vers le fond. Les excroissances dépassaient l'orifice interne et s'avançaient même tout près de l'orifice externe, mais à ce niveau, elles n'étaient ni abondantes ni fortement développées.

Ayant entrepris l'examen de cette tumeur, nous fûmes surpris de trouver un sarcôme à petites cellules rondes de la plus belle espèce.

Ajoutons que la tumeur, bien qu'elle ne fut pas exactement circonscrite au corps, y avait pris un tel développement, que l'on peut considérer ce cas comme appartenant réellement au corps utérin.

Il est vrai que, ayant constaté la nature sarcomateuse de la tumeur utérine, nous interrompîmes notre examen.

[1] Loc cit.

[2] *Gusserow*. Die Neubildungen des Uterus.

Barnes[1] dit :

« On a exagéré la fréquence avec laquelle les « tumeurs malignes affectent de préférence le « col de l'utérus; il n'est pas rare de rencon- « trer des cas où le corps est occupé par une tu- « meur maligne, tandis que le col est sain. »

Toutes les formes de cancer, d'après cet auteur, peuvent se montrer primitivement dans le corps utérin, mais la plus fréquente est l'encéphaloïde.

« Le tissu morbide,» dit-il, « jette dans la cavité « élargie des masses irrégulières, quelquefois po- « lypoïdes, mais rarement bien pédiculisées ».

S'agit-il réellement, dans le cas suivant, d'un carcinôme ?

« Les parois utérines », dit-il, « sont fort disten- « dues ; la cavité est remplie par une grosse tumeur « encéphaloïde qui, née dans le tissu musculaire, « du côté gauche, paraît s'être ouvert un chemin « en dedans comme en dehors. Le foie, le mésen- « tère et le pancréas étaient largement pris de « cancer ».

Si le point de départ de la tumeur est bien celui que lui assigne l'auteur, nous croyons plutôt être ici en présence d'un sarcôme, étant aussi donné l'âge de la malade, dix ans.

Des exemples d'épithéliôme du corps utérin sont également indiqués par *Barnes*.

Un auteur français, *Courty*[2], signale comme tumeurs cancéreuses se développant dans le corps

[1] Loc. cit.

[2] Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, contenant un appendice sur les maladies du vagin et de la vulve. Paris, 1872, p. 1015.

de l'utérus, l'épithélioma et l'encéphaloïde. Ce dernier peut se développer « dans l'une ou l'autre des « deux parois, avant de s'étendre au reste de l'or- « gane. Il peut, comme les corps fibreux, s'ac- « croître vers la surface extérieure de l'utérus ou « vers sa cavité et faire saillie dans un sens ou « dans l'autre. Il peut enfin s'ulcérer sur quelques- « uns de ses points, surtout du côté de la cavité « utérine. »

Braun[1] distingue deux formes principales dans le cancer du corps utérin.

Dans la première, « des nœuds cancéreux isolés « et ronds, semblables à des fibrômes, percent « souvent la musculature de l'utérus et pénètrent « dans la cavité abdominale. »

La seconde viendrait probablement des glandes. Elle se montrerait soit sous forme d'infiltration de la muqueuse et de la musculeuse, ou sous la forme d'excroissances polypeuses plongeant dans la cavité utérine.

L'auteur fait remarquer que, dans les deux formes, la portion vaginale reste intacte.

Lorsque le corps utérin est pris de cancer, on observe, d'après *Rindfleisch*[2], une augmentation uniforme du volume de l'organe, augmentation qui peut devenir si considérable que la tumeur remplit une grande partie de la cavité du bassin. Par son action mécanique, elle apporte alors des entraves considérables au fonctionnement de la vessie et du rectum, et gêne la circulation.

[1] Lehrbuch der gesammten Gynækologie. 1881.
[2] Traité d'Histologie pathologique.

L'examen microscopique du corps utérin montre que la différence entre la muqueuse et la musculeuse est effacée, les tubuli glandulaires ayant envahi toute l'épaisseur de l'organe.

Ruge[1] distingue, d'après la région et la marche, trois formes de carcinôme utérin : 1° Le carcinôme de la portion vaginale, qui attaque souvent le vagin, mais ne se propage guère plus haut dans le col ; 2° celui de la portion cervicale, qui s'étend jusqu'à l'orifice interne et détruit la portion vaginale ; 3° enfin le *carcinôme du corps*, qui ne dépasse pas l'orifice interne.

Weit[2] a opéré une tumeur polypeuse gangrénée du fond de l'utérus. L'examen microscopique montra des glandes hypertrophiées et l'on put observer le passage à une forme bien définie de carcinôme. L'auteur insiste sur le fait que, dans son cas, il y avait passage de l'adénôme au carcinôme, et non pas des glandes à celui-ci.

Le carcinôme du corps utérin qui débute dans les glandes serait très rare d'après *Klebs*[3]. Cela s'observait, ainsi que Kiwisch l'a démontré, dans des cas d'inversion de l'utérus ; il serait aussi fréquent de voir la tumeur se développer aux dépens de polypes richement pourvus de glandes.

[1] Archiw für Gynækologie. 16, résumé in Canstatt's Jahresb. 1880. II Band.

[2] Ueber einen Fall von Carcinom des Uteruscörpers. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. I. S. 467), résumé in Canstatt's Jahresb. 1877. II Band.

[3] Handbuch der pathologischen Anatomie. Berlin, 1876, p. 870.

Cornil et *Ranvier*[1] ne parlent pas du carcinôme localisé au corps utérin et dont le cas actuel offre un bel exemple. Ces auteurs, par contre, ont observé à plusieurs reprises une infiltration carcinomateuse débutant à la fois par le col et le tissu musculaire de tout l'utérus[2]. Dans ce cas l'utérus est très hypertrophié et les trompes et les ovaires peuvent être attaqués en même temps.

Étiologie

Il est difficile de trouver dans les auteurs quelque chose qui se rapporte à l'étiologie du *carcinôme primitif du corps utérin.*

Hérédité. — La question de l'hérédité ne nous arrêtera pas longtemps.

Il ne manque certes pas de faits qui montrent le développement du cancer (de l'utérus ou de tout autre organe de l'économie), chez plusieurs membres d'une même famille et cela souvent avec une régularité qui a quelque chose de fatal.

Mais donner à ces faits une interprétation qui soit en harmonie avec les postulats de la science, voilà la difficulté. Ceux qui acceptent l'idée d'un *état diathésique*, d'une *diathèse cancéreuse*, sont naturellement portés à admettre l'hérédité, en prêtant à ce mot l'acception des anciens.

D'autres, par contre, envisagent le cancer comme une maladie locale dont l'éclosion est le fait d'une

[1] Manuel d'Histologie pathologique. Paris, 1869, p. 1149.
[2] Voir *Klebs*, loc. cit. p. 869.

ou de plusieurs causes purement locales, maladie qui à une certaine période de son évolution influencerait gravement l'organisme tout entier.

Ceux-là alors ne sauraient accorder qu'une *prédisposition*, un *état de faiblesse, de vulnérabilité plus grandes des organes*, que cet état soit congénital ou acquis.

Age. — Quant à l'âge on est à peu près d'accord pour établir que la plus grande fréquence du cancer utérin se manifeste entre 35 et 45 ans, ensuite entre 45 et 50, enfin entre 25 et 30.

Gusserow[1] rapporte un tableau statistique qui confirme cette opinion.[2]

Il y longtemps que ces données nous sont acquises.[3]

Les cas de cancer utérin chez des personnes au-dessous de vingt ans sont rares. *Barnes* aurait observé cette affection chez une enfant de dix ans. Il en a déjà été question à la page 37, et nous avons aussi donné les raisons qui nous engagent à considérer ce cas comme se rapportant plutôt à un sarcôme.

Un cas de cette catégorie a été décrit par *Schauta* en 1880.[4]

[1] Sul carcinoma dell'utero.
[2] On peut consulter à ce sujet les statistiques de *Boivin* et *Dugès*, *Lebert*, *Scanzoni* et *C. West*.
[3] voir *Burns*. Trattato dei parti, delle malattie delle donne e dei bambini.
Enciclopedia delle scienze mediche di Bayle. Traduzione di G. Levi. Venezia 1841.
[4] Wien. Medicin. Wochenschr. 37. 38., résumé in Canstatt's Jahresb. 1880. II Bd.

Traumatisme. — On a invoqué le coït comme une cause prédisposante et déterminante en même temps, mais cette opinion n'est pas encore généralement admise. Cette donnée s'appliquerait probablement mieux aux lésions du col.

Il serait utile pour se rapprocher d'une conclusion, comme le fait remarquer avec raison *Gusserow*, que l'on étudiât la fréquence du cancer utérin chez les filles publiques, ce qui n'a pas encore été fait.

Bergeret[1] n'hésite pas à considérer l'habitude de la fraude dans l'exercice des fonctions conjugales comme une cause très fréquente de cancer utérin.

Il est vrai qu'il se borne à affirmer la chose sans s'expliquer autrement.

L'empêchement de la grossesse peut entraîner facilement à l'abus du coït. Dans ce sens l'opinion de *Bergeret* nous paraîtrait plus acceptable.

Parmi les dix cas de cancer cités par l'auteur français, trois appartiennent au corps utérin ; dans l'un deux il est fait mention de l'état satisfaisant du col. Le diagnostic anatomique n'est cependant pas entouré de garanties suffisantes et nous faisons toutes nos réserves.

Les malades auxquelles se rapportent les observations de *Bergeret* sont mortes jeunes; elles ont eu ensemble vingt et un enfants. Il est utile d'enregistrer ce fait, car l'on verra bientôt les relations qui existent entre le développement du

[1] Delle frodi nell'esercizio delle funzioni riproduttive. Da francese. Milano 1881.

cancer utérin et l'accouchement. L'auteur a observé que dans la plupart des cas qu'il a décrits la maladie avait suivi une « *marche galopante.* »

Nubilité et Mariage. — Des considérations sur les rapports entre le développement du cancer utérin et l'état de nubilité ou de mariage (c'est-à-dire d'inactivité ou d'activité de l'appareil générateur), ont une plus grande valeur. Les recherches qui s'y rapportent sont relativement plus faciles et à la portée de tous les praticiens.

L'opinion que la stérilité n'est pas étrangère à l'éclosion du cancer se retrouve dans beaucoup d'auteurs anciens. Le passage suivant, emprunté à *S. Cooper*[1] en fait foi :

« Une circonstance qui prouve bien qu'il existe « une relation entre le développement du cancer « et certaines causes générales inhérentes à l'éco- « nomie, c'est la plus grande fréquence de cette ma- « ladie chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. « C'est un fait généralement reconnu et admis; « cependant une femme peut avoir eu des enfants, « même en grand nombre, et être quand même « frappée par cette maladie.

« Astley Cooper cite l'exemple d'une femme qui « mourut à la suite de cancer, quoiqu'elle eût été « rendue mère dix-sept fois.

« J'ai moi-même soigné plusieurs femmes mortes « à la suite d'un cancer de l'utérus et qui cependant « avaient eu des enfants. »

[1] Trattato elementare di Patologia Chirurgica.
Enciclopedia delle scienze mediche di Bayle. Traduzione di G. Levi. Venezia, 1842.

Ainsi, l'enfantement procurerait une certaine immunité contre le cancer, Il est vrai que *Cooper* ne l'affirme pas catégoriquement. Rien pour le moment ne prouve en effet une telle possibilité.

Parmi les auteurs modernes, *Schrœder*[1] avance que le carcinôme du corps utérin se montre très-fréquemment chez les nullipares. Sur treize cas, il a trouvé cinq nullipares.

Voyons maintenant les rapports entre l'enfantement et le cancer utérin.

« Sur 92 cas de Tanner, dit *Gusserow*,[2] un seul
« concerne une vierge.[3] Sur ces cas, dans quatre-
« vingts seulement il y avait eu accouchement.

« Le chiffre des accouchements était connu
« pour 79 de ces cas, et il était de 497, c'est-à-dire
« en moyenne six et demi pour chaque femme,
« chiffre deux fois et demie plus fort que la
« moyenne générale des accouchements pour les
« femmes anglaises.

« Sur dix-huit femmes malades que nous avons
« interrogées à ce sujet, dit *Gusserow*, il y avait
« eu 82 accouchements, donc en moyenne quatre
« et demi pour chacune, chiffre qui n'est pas de
« beaucoup supérieur à la moyenne.

« Si, à ces données, nous ajoutons celles de
« Scanzoni, de West et de Seyfert, nous aurons
« le résultat suivant : sur 432 femmes atteintes
« de cancer utérin, 362 avaient accouché et 70
« seulement étaient restées stériles.

[1] Cité par *Gusserow :* Die Neubildungen des Uterus.

[2] Sul carcinoma dell'utero.

[3] Cependant *Courty* (loc. cit.) a observé plusieurs cas de cancer chez des vierges, soit dans les couvents, soit dans le monde.

« Mais comme Seyfert ne donne pas le chiffre
« des accouchements, nous devons retrancher le
« nombre de ses malades (80). Ajoutons par contre
« la statistique de Levert, dont les 103 cancéreuses
« ont donné lieu à 596 accouchements. Nous obtenons
« ainsi le résultat suivant : quatre cent cinquante-
« cinq femmes qui plus tard furent atteintes de
« cancer utérin, accouchèrent de 2,363 enfants à
« terme, c'est-à-dire 5,19 enfants pour chacune,
« chiffre toujours supérieur à la moyenne.

« Parmi les auteurs qui ont fourni les données
« de cette statistique, West seul a tenu compte
« des avortements. »

En dressant cette statistique, on n'a pas spécifié les cas se rapportant au col et ceux qui concernaient le corps de la matrice.

Cependant, puisque c'est l'état de grossesse et de parturition dont on étudie l'influence sur le développement du cancer, il nous semble que les résultats de ces recherches peuvent avec autant de raison se rapporter au col et au corps.

Trois cas fort intéresssants et qui appartiennent au corps de l'utérus, ont été décrits par *Chiari*[1]. Ils concernent des personnes de 24, 23 et 42 ans. Les deux premières avaient accouchè six mois avant leur mort, l'une de son premier, l'autre de son troisième enfant. La troisième avait avorté, également six mois avant sa mort. Le professeur de Prague attire l'attention sur la coïncidence entre le *puerperium* et l'éclosion du mal. Il ajoute

[1] Drei Fälle von primärem Carcinom im Fundus und Corpus des Uterus. (Œsterr. med. Jahrb. H.), résumé in Canstatt's Jahresb. 1877. II B d.

que la tumeur paraissait s'être développée à la place occupée antérieurement par le placenta. Dans les trois cas l'on constata de nombreuses métastases dans les poumons.

Les faits qui précèdent autorisent à penser que la vie sexuelle, avec tous ses accidents physiologiques et pathologiques, exerce une réelle influence sur le développement du cancer utérin·

Courty[1] considère en effet « les rapports sexuels, « l'avortement, le grand nombre de grossesses, « comme étant des causes provocatrices capables « de favoriser ou de hâter l'explosion de la diathèse « cancéreuse. »

Déplacements de l'utérus. — L'étude de leur valeur étiologique relativement au développement du cancer utérin n'a pas encore donné de résultats satisfaisants. *Weit*[2] dit qu'il ne lui a pas été possible d'arriver à des conclusions à ce sujet.

SYMPTÔMES

D'après *Gusserow,*[3] le cancer du *corps* de l'utérus amènerait plus rapidement les douleurs que ne le fait celui du *col*. Celles-ci seraient très violentes et *Barnes*[4] partage cette manière de voir.

Le cas suivant, emprunté à *Courty*[5] contredit cette opinion :

[1] Loc cit.
[2] Ueber Carcinom des Uteruscörpers.
[3] Die Neubildungen des Uterus.
[4] Loc. cit. p. 996.
[5] Loc. cit.

« Un cancer du corps de l'utérus à la période
« ulcérative ayant amené des phénomènes de réac-
« tion générale très-graves, tels que dyspepsie,
« amaigrissement, fièvre etc., avait pu, dit-il, suivre
« antérieurement toutes les phases de son dévelop-
« pement sans éveiller l'attention par aucune
« douleur, sans troubler même le sommeil de la
« malade qui ne se plaignait que de pertes rouges
« très-abondantes, suivies en dernier lieu de
« pertes blanches ichoreuses très fétides. »

Les hémorrhagies, relativement à ce qui se passe dans le carimôme du col, se montreraient de très-bonne heure d'après *Gusserow.* Elles seraient suivies d'un écoulement séro-sanguinolent entre-coupé fréquemment d'hémorrhagies plus intenses au fur et à mesure que la destruction de la tumeur fait des progrès.

Barnes[1] parle d'une dame de 50 ans, pluripare, qui n'était plus réglée depuis deux ans et avait des pertes séro-sanguinolentes constantes depuis trois ans. A l'examen on trouva un col d'un volume normal, un orifice fermé, l'utérus mobile. Le corps était gros, ferme, de forme régulière. Quatre mois aprés la malade mourut.

« Nous reconnûmes (c'est *Saunders* qui écrit à
« *Barnes)* que c'était un cancer encéphaloïde du
« corps utérin. Les circonstances suivantes sont
« remarquables : la durée de la maladie, environ
« quatre ans ; l'absence de douleurs vives ; l'ab-
« sence d'hémorrhagies, la perte n'était que de la
« sérosité teinte de sang et fétide ; elle s'arrêta

[1] Loc. cit. p. 708.

« brusquement un mois avant la mort ; l'intégrité « parfaite de l'orifice jusqu'au dernier moment; « le col était peu épaissi et avait conservé sa con- « tractilité.

« A l'autopsie, nous trouvâmes tout le fond de « l'utérus en putrilage, présentant l'aspect d'un « encéphaloïde, dont l'existence nous fut démontrée « par le microscope. La malade succomba à son « asthme, n'ayant présenté jusqu'à la fin aucun « signe marqué de cancer. J'ai cependant été « conduit à le diagnostiquer par la cachexie et les « progrès de la faiblesse que rien ne m'expliquait. « Les autres organes ne renfermaient aucun dépôt « secondaire ; le foie avait subi la dégénérescence « graisseuse. »

Les pertes, d'après *Gusserow,*[1] seraient moins fétides que dans le carcinôme du col, à cause de l'accès moins facile de l'air, et par suite l'intensité moidre du travail de décomposition.

DIAGNOSTIC ET MARCHE.

« Dans le cancer limité au corps utérin, dit le « même auteur, la portion vaginale est tout à fait « saine, aussi bien à l'examen par le doigt qu'à « l'exploration au spéculum. Ordinairement la « portion vaginale est longue, dure, comme dans « l'uterus sain ; elle est très rarement raccourcie « et le col est également rarement entr'ouvert.[2] »

Cependant l'auteur fait remarquer que dans certaines formes de cancer à excroissances poly- peuses, ces masses pédiculisées peuvent par l'effet

[1] Die Neubildungen des Uterus.
[2] Ibidem.

de la pesanteur retomber sur le col et faire l'office de dilatateur.[1]

L'examen par la sonde utérine, l'inspection des matières d'écoulement, aideront au diagnostic.

L'examen extérieur et intérieur associés montreront que l'uterus est agrandi et lourd. Il est cependant mobile, parce que l'infiltration du tissu cellulaire environnant manque. *(Gusserow)*.

Les symptômes généraux et les symptômes subjectifs pourront en général décider du diagnostic.

Le carcinôme du *corps utérin* a une durée supérieure à celle du carcinôme du *col*. C'est du moins l'opinion de *Gusserow*[2] et de *Pichot*[3].

Ce dernier a observé que sur vingt-cinq cas, la durée de la maladie fut quatre fois supérieure à quatre ans, et trois fois inférieure à une année.

Pour les dix-sept cas qui restent la maladie dura plus d'une année. *Pichot* estime que la durée moyenne est de trente-un mois.

Les statistiques de Lebert[4] et de C. West[5] portant sur le cancer utérin en général donnent, la première, un peu plus de seize mois, la seconde, un peu plus de dix-sept mois pour la durée moyenne de la maladie.

D'après *Courty*,[6] il est des formes de cancer qui parcourent toutes leurs périodes très

1 Die Neubildungen des Uterus.
2 Ibidem.
3 Ibidem.
4 Ibidem.
5 Ibidem.
6 Loc. cit.

rapidement, par exemple en trois mois et demi (*cancers aigus* de C. West).

Gusserow n'a pas observé fréquemment dans cette affection l'envahissement du péritoine et des organes voisins, ainsi que les métastases éloignées. Ce fait expliquerait, d'après lui, comme quoi la mort arrive d'ordinaire tardivement.

Il a vu aussi que la décomposition de la masse néoplasique a lieu tard et avec moins d'intensité, ce qui rendrait compte de l'apparition tardive des phénomènes cachectiques.

CAS DE LA LITTÉRATURE

Nous avons cherché à réunir les cas de carcinôme primitif du corps de l'utérus qui ont été publiés postérieurement au travail de *Gusserow* (1878). Les cas qui suivent, dont quelques uns sont antérieurs à 1878 mais n'ont pas été à la connaissance de *Gusserow*, sont les seuls que nos ressources bibliographiques nous ont permis de rassembler. Ils sont tirés de l'écrit original ou de résumés publiés dans les journaux médicaux.

I. *Kurz*. Carcinoma corporis uteri. (Deutsche Zeitschr. f. pract. Med. 36), résumé in Canstatt's Jahresb. 1877. II Bd.

Personne de 60 ans, atteinte de flux leucorrhéique. Utérus en rétroflexion et comprimant le rectum. Le corps de l'utérus est agrandi, dur et tendu. La portion cervicale est intacte. La mort est accompagnée de vomissements stercoraux.

A l'examen microscopique l'on constate une infiltration carcinomateuse diffuse du corps, la région cervicale étant libre.

II. *Kurz (ibidem).....*

Personne de 50 ans, souffrant de pertes leucorrhéiques et sanguines, et de douleurs dans le bas du dos. L'utérus est agrandi et en rétroflexion. La portion vaginale est petite. La cavité utérine mesure huit centimètres et demi.

Vomissements stercoraux. La mort survient tardivement. Le corps de l'utérus est pris de carcinôme ; sa surface interne offre une dégénérescence pultacée.

Société obstétricale de Londres

Séance du 6 Février 1878.

(Obst. Trans. Vol. XX p: 27)

III. *Le Dr M. Duncan* présente les pièces d'une hypertrophie cancéreuse générale du corps utérin. Le col paraît libre. La malade est morte à un âge avancé d'une péritonite suppurée aigüe dont la cause était restée inconnue. On la croyait atteinte d'un fibroïde.

Trois mois seulement avant sa mort elle commença à se plaindre de douleurs dans l'hypogastre revenant par intervalles, et de pertes sanguines. Elle paraissait d'ailleurs bien portante.

Trois semaines avant sa mort on trouva une tumeur dure, ronde, mobile, indolente, grosse comme une tête de fœtus à terme, située au détroit supérieur.

A l'autopsie on trouva des nodules cancéreux dans les poumons et dans le foie. L'utérus pesait

4 livres $^1/_2$; il avait 20 centimètres de longueur et 163 millim. de largeur. La cavité utérine avait 150 millim. de profondeur. Les parois, hypertrophiées, avaient 25 millim. d'épaisseur.

La section présentait l'apparence de la mamelle squirrheuse. La muqueuse, épaisse et villeuse, était détruite par places. Les ovaires et une partie du vagin avaient subi la dégénérescence cancéreuse.

Le microscope découvrit cette même dégénérescence dans le col.

Le fait remarquable était l'énorme hypertrophie diffuse de l'utérus, accompagnée d'une altération de forme très peu accusée, pendant que le col était resté sans modifications appréciables à l'examen macroscopique.

IV. *Le Dr R. Barnes* présente aussi l'utérus cancéreux d'une femme qui vient de mourir à l'Hôpital St-Georges.

La malade souffrait depuis quelque temps d'hémorrhagies accompagnées de pertes sanieuses et putrides caractérisques du cancer. Tout à coup, il se produisit une perforation, et la malade mourut de péritonite.

A l'autopsie l'on constata que les intestins et la vessie adhéraient à l'utérus. Celui-ci renfermait du tissu cancéreux en partie ulcéré et présentait deux perforations conduisant, l'une dans le rectum, l'autre dans le péritoine. Le col était intact. Le cancer était probablement épithélial.

Ce cas montre la tendance à la nécrose qui caractérise certaines formes de tumeurs malignes.

La perforation, assez commune, se fait le plus souvent dans la vessie, moins fréquemment dans le rectum. Les perforations intra-péritonéales sont très rares; cependant le Dr Priestley en a

présenté un cas à la Société, il y a quelques années[1].

Le Dr West et Rokitanski ont démontré que le squirrhe de l'utérus est extrêmement rare. *Barnes* croit que la pièce présentée par le Dr *Duncan* est un sarcôme.

V. *Le Dr C. Godson* présente un cancer épithélial de l'utérus n'ayant pas affecté le col, et confiné presque exclusivement à la muqueuse.

La malade, âgée de 52 ans, d'apparence vigoureuse, était arriveé à l'Hôpital Saint-Barthélemy en décembre 1876, se plaignant principalement d'une douleur intense dans la région utérine, revenant à peu près régulièrement tous les jours à 10 heures du matin, et durant de 2 à 4 heures.

La violence de la douleur la forçait à s'asseoir sur son lit, à presser son ventre et à s'agiter en criant pitoyablement.

De fortes doses de quinine et de chloral ne réussissaient pas à la soulager. La douleur n'était supportable que lorsque la malade était complètement sous l'influence de la morphine, administrée en injections hypodermiques.

A l'examen, l'utérus paraissait parfaitement normal. La sonde pénétra à 62 millimètres et ramena un peu de sang. L'utérus était mobile.

La malade quitta l'Hôpital en février sans amélioration, et mourut chez elle six mois après. Dans les derniers quinze jours de sa vie elle a accusé une légère perte aqueuse fétide.

A l'autopsie on trouva la muqueuse épaissie et irrégulièrement villeuse. Le microscope y fit reconnaître la structure du cancer épithélial.

[1] Obstetrical Transactions. VXVII. p. 70.

Le Dr Roger rapporte deux cas analogues.

Le Dr Heywood Smith rappelle qu'il a présenté dans la dernière séance un spécimen du même genre.

Dans le cas de *Duncan*, la dégénérescence cancéreuse des ovaires doit faire penser à la possibilité que la tumeur se soit développée primitivement dans ces organes plutôt que dans le corps de l'utérus, si l'on réfléchit que les ovaires sont assez fréquemment le siége de carcinômes.

VI. Gallard. Du cancer primitif de la muqueuse du corps de l'utérus (*Journal de médecine de Paris*. 1882, nº 2)[1].

Femme de 36 ans, bien portante jusqu'en 1871, époque à laquelle elle ressentit des douleurs dans le bas-ventre, sans cause appréciable. En même temps son appétit diminua, disparut et ses forces l'abandonnèrent peu à peu. En 1872 apparut, pour la première fois, un écoulement leucorrhéique assez abondant, séreux et sans odeur, qui fut bientôt suivi d'hémorrhagies abondantes et répétées. Ces symptômes allèrent s'aggravant jusqu'au jour où elle entra à la salle du Rosaire, en février 1873. Elle était alors pâle, anémiée, d'une maigreur excessive ; l'inappétence était complète et le sommeil était nul à cause des douleurs qui étaient fort violentes, occupaient la fosse iliaque gauche et survenaient principalement le soir. Il y avait une constipation opiniâtre. La palpation abdominale

[1] Nous devons à l'obligeance de MM. les rédacteurs du *Journal de médecine de Paris* de pouvoir publier ici les trois intéressantes observations qui suivent. Nous tenons à les en remercier vivement.

ne donnait aucun renseignement; au toucher, on trouvait l'utérus manifestement augmenté de volume et en antéversion. Le col sain, légèrement entr'ouvert, regardait directement en arrière et se continuait en avant avec une tumeur pyriforme cachée derriére le pubis, tumeur qui était le corps de l'utérus. Celui-ci était mobile. L'écoulement vaginal assez abondant, présentait une odeur désagréable, mais ne rappelant pas l'odeur fétide spéciale au cancer.

M. le D[r] *Gallard* n'avait pas encore le service à ce moment et le médecin avait porté le diagnostic : *Corps fibreux interstitiel de l'utérus avec névrômes périphériques.*

Au mois de mai les douleurs étaient atroces et nécessitaient des doses de 3 centigrammes de morphine pour être calmées. C'est alors que deux chirurgiens de l'hôpital furent appelés et firent le diagnostic, l'un de *métrite chronique avec antéflexion, compliquée de névralgie lombo-abdominale;* l'autre, de *corps fibreux interstitiel;* mais comme l'odeur était très forte, il admit qu'il pouvait y avoir en même temps *une affection cancéreuse concomitante, greffée sur un vieux fibrôme.*

Ce n'est qu'au mois de décembre que M. *Gallard* prit le service. Se basant sur le volume de l'utérus, son enclavement peu marqué, la douleur déterminée par la pression sur le col qui n'était pas bosselé, l'état absolument sain du col et l'odeur fétide caractéristique, il fit le diagnostic : *cancer de la cavité du corps de l'utérus.*

L'autopsie, pratiquée quelques mois plus tard justifia ce diagnostic ; l'utérus, volumineux et lourd, ne présentait extérieurement aucune lésion appréciable, le col était sain, mais dans la cavité utérine on trouvait des masses mamelonnées absolument caractéristiques.

L'examen histologique, pratiqué par M. de Sinéty, montra que c'était un épithélioma pavimenteux lobulé de la muqueuse du corps.

(Ad. Olivier).

VII. Gallard, *ibid.* — Femme de soixante-neuf ans, paraissant fort bien portante. Au moment où M. le *Dr Gallard* la vit pour la première fois, elle avait d'abondantes métrorrhagies. L'utérus volumineux, enclavé, était fortement incliné en avant et à gauche. Sa surface était lisse, mais il était fort douloureux à la pression. Le col était absolument sain. L'écoulement vaginal présentait une odeur caractéristique, mais il était si peu abondant que la malade en était fort peu incommodée. En revanche, toutes les fois qu'on pratiquait une injection intra-utérine, l'introduction de la sonde favorisait la sortie d'un ichor cancéreux, présentant une fétidité repoussante. Cette malade est morte comme la première, et elle a atrocément souffert, malgré les calmants.

(Ad. Olivier).

VIII. Gallard, *ibid.*— Madame X..., âgée de quarante-cinq ans, ménagère, entrait le 3 novembre 1881 dans le service du *Dr Gallard* à l'Hôtel-Dieu, et on la couchait au n° 19 de la salle Sainte-Martine. Cette femme fut réglée à quatorze ans et le fut depuis très régulièrement ; les règles duraient de quatre à cinq jours et n'étaient pas très abondantes. Elle devint enceinte pour la première fois en 1863 ; sa grossesse fut normale, l'accouchement facile, mais les suites de couches ne furent pas aussi bonnes ; elle ne put reprendre ses occupations qu'au bout d'un mois. Elle redevint enceinte

en 1867 ; l'accouchement fut long et pénible, mais elle se remit vite. Jusqu'au mois d'avril 1881 sa santé fut parfaite. Dans les derniers jours du mois les règles apparurent, durèrent trois jours, puis disparurent. Trois jours après, le sang reparaissait, mais en moindre abondance ; cet écoulement dura trois ou quatre jours, cessa, puis revint de nouveau et ainsi de suite pendant trois mois. Au mois de juillet, ces pertes rouges furent remplacées par des pertes blanches. Si l'on interroge bien la malade, on voit que c'était de l'eau roussâtre qu'elle perdait, car elle avoue que ses pertes blanches laissaient sur son linge une tache rosée. Ces écoulements avaient une odeur assez forte. En même temps que les pertes apparurent les douleurs ; d'abord intermittentes et peu marquées, ne survenant que lorsque la malade se fatiguait beaucoup, elles devinrent assez rapidement continuelles. Elles occupaient surtout le bas-ventre et s'irradiaient vers les lombes et vers les cuisses. Du côté gauche, elles occupaient toute la région fessière et semblaient suivre le trajet du nerf sciatique. Chose curieuse, les douleurs étaient soulagées par la marche, mais aussitôt que la malade se courbait, elles s'exaspéraient.

Depuis quelque temps, la miction qui est plus fréquente est devenue douloureuse ; il existe une cuisson très marquée au niveau de la vulve, et, lorsque les dernières gouttes d'urine sont rejetées, une douleur extrêmement vive apparaît et persiste pendant quelques minutes.

Les fonctions digestives se font assez régulièrement ; il y a cependant un peu de constipation.

Les parois abdominales, qui sont assez lâches, permettent d'arriver, par la palpation, sur une tumeur arrondie, globuleuse, située en arrière du

pubis, et assez profondément. La pression exercée sur cette tumeur est douloureuse. Latéralement, on ne sent rien de particulier et on ne détermine pas de douleur.

Par le toucher, on trouve un col un peu plus volumineux que d'ordinaire, mais de consistance normale; l'orifice est assez largement entr'ouvert, et on sent un petit bourrelet mollasse qui fait hernie entre les lèvres. La lèvre antérieure est un peu plus volumineuse que la postérieure. Si on contourne le col avec le doigt, on ne trouve aucune bosselure et on trouve le corps de l'utérus en avant, se continuant avec le col; il paraît augmenté de volume. Il est plus lourd que normalement, mais il est mobile. Les culs-de-sac sont libres et souples.

L'application du spéculum est très douloureuse, elle est difficile; elle permet de constater qu'un petit bourrelet rose fait saillie entre les lèvres du col. Il n'y a pas d'ulcération.

On ne peut hésiter ici qu'entre un cancer primitif du corps de l'utérus et un cancer de la muqueuse utérine; les symptômes sont en effet caractéristiques. Il y a quinze jours, M. *Gallard* penchait pour la seconde hypothèse; mais depuis lors la maladie a fait des progrès et le doute n'est plus permis ; c'est un cancer du corps qui est en train de se propager. En effet, depuis quinze jours, les douleurs n'ont fait que s'accroître, la malade se plaint jour et nuit et ne peut reposer qu'au moyen d'injections de morphine. Les urines contiennent souvent du sang. Ce sont surtout les signes locaux qui se sont accentués : le col est beaucoup plus volumineux, la lèvre antérieure est très saillante et sur sa face inférieure on sent une surface molle, très légèrement granuleuse, constituée par la muqueuse

ulcérée. La consistance est beaucoup plus dure. En avant, sur la face antérieure du vagin, on sent une plaque indurée au niveau de la vessie, la paroi vésico-vaginale est envahie; tout le fond du cul-de sac latéral gauche est pris, l'utérus est enclavé dans le bassin. Il n'y a plus de doute, c'est un cancer primitif du corps de l'utérus qui s'est propagé au col et aux titssus voisins.

(Ad. OLIVIER).

DISCUSSION DU CAS

Le carcinôme du corps utérin ne dépasserait pas, d'après *Ruge,* l'orifice interne. Ce caractère se rencontre dans un cas de *Kurz*, dans celui de *Barnes,* celui de *Godson,* le premier de *Gallard* et le nôtre. Les autres observations ne relatent pas l'état du col, sauf celle de *Duncan,* qui signale sa dégénérescence cancéreuse.

L'abondance des métastases et plus encore leur siège souvent fort éloigné du foyer primitif de la tumeur, sont remarquables. Aucune des observations que nous avons pu consulter n'est comparable, à ce point de vue, au cas présent.

Parmi ces métastases, celle dans le vagin, le col étant indemne, est intéressante à noter.

L'état des ligaments larges et des ganglions lymphatiques tout le long de la colonne vertébrale indique la voie que la néoplasie a suivie dans sa marche envahissante, c'est-à-dire les lymphatiques. Les traînées blanchâtres de la plèvre qui ont été signalées à l'autopsie sont très probablement dues

à la pénétration du carcinôme dans les lymphatiques. « Nous avons pu constater plusieurs fois « dit *Lebert*[1] » la propagation directe par la voie « des lymphatiques à la surface du foie, des pou- « mons et du mésentère, en trouvant de larges « traînées lymphatiques remplie de suc cancé- « reux. »

Dans notre cas le péritoine, le foie, le diaphragme, la plèvre, les poumons sont autant d'étapes dans la progression de la tumeur, progression qui se serait faite par continuité. La tumeur secondaire du vagin en est un bel exemple.

L'examen microscopique des thrombus des veines du petit bassin a montré qu'il ne s'y trouvait aucun élément étranger à leur constitution habituelle. Autant que nons avons pu étendre les investigations la paroi de ces vaisseaux était intacte, elle se détachait facilement des masses ganglionnaires carcinomateuses qui entouraient complètement les vaisseaux.

A côté du carcinôme utérin on a constaté un état kystique des deux ovaires avec oophorite suppurée concomitante. Les lésions des ovaires ont-elles précédé le développement du carcinôme utérin ou bien sont elles liées au processus dont le corps utérin était le siège? On ne peut rien dire à ce sujet, mais il est admissible qu'un carcinôme évoluant dans le corps de l'utérus retentisse sur des organes qui, tels que les ovaires, ont tant de relations anatomiques

[1] Traité d'Anatomie pathologique générale et spéciale. Paris. 1861. p. 289.

et physiologiques avec la matrice. Rappelons avant de passer au côté clinique du cas, que la vessie et le rectum ont été respectés.

Dans les huit observations que nous avons réunies, il n'est fait mention de l'état de nubilité ou de mariage, ainsi que du nombre des accouchements, que dans la huitième. Celle-ci concerne une personne ayant accouché à deux reprises et dont les suites de couches furent toutes les deux fois pénibles. Notre cas se rapporte au contraire à une *nullipare*, ce qui est intéressant à noter par rapport à la statistique de *Gusserow* qui montre la fréquence du cancer utérin chez les multipares et aux faits cités par *Schrœder* à propos de la fréquence du cancer du *corps* de l'utérus chez les nullipares.

Les accidents qui ont constamment accompagné les époques de notre malade depuis leur apparition, et qui sont enregistrés dans l'observation qui fut prise à l'Hôpital Cantonal, doivent être pris en considération. Ils dénotent des troubles profonds tenant à des causes générales ou à un état particulier de l'utérus.

Après la ménopause qui a lieu à 50 ans, donc à peu près dix ans avant la mort, apparaissent *des douleurs lombaires et des pertes blanches sans odeur ou aspect particuliers.*

Les douleurs sont d'abord tolérables et surviennent à de longs intervalles, mais peu à peu elles deviennent plus intenses et plus rapprochées. Ces douleurs sont-elles liées au développement de la tumeur utérine? S'il en était ainsi, la douleur aurait

apparu à une epoque remarquablement reculée. Ce serait un exemple à opposer à celui que nous avons emprunté à *Courty* et dans lequel le symptôme douleur ne s'était manifesté qu'extrêmement tard, exemple qui en même temps confirmerait l'opinion de *Gusserow* et de *Barnes*.

En consultant les huit observations qui précèdent, on voit que le plus court intervalle compris entre l'apparition des douleurs et la mort se retrouve dans celle de *Duncan*, trois mois, et le plus long dans la sixième, appartenant à *Gallard*, à peu près deux ans.

Quant à l'intensité des douleurs, elle a été grande dans le cas actuel, comme il résulte de l'observation clinique, et le même fait se retrouve dans ceux que nous avons réunis, contrairement à ce qui a été observé par *Barnes* et *Saunders* dans un cas dont nous avons fait mention.

Les pertes blanches, qui ont débuté en même temps que les douleurs, n'ont pas de *caractères particuliers*. Elles sont liées à un état inflammatoire de la matrice.

A cinquante-huit ans, après la ménopause, la malade accuse, *pour la première fois une métrorrhagie : elle croit au retour de ses règles.*

L'hémorrhagie a donc également apparu plutôt de bonne heure, contrairement à ce qu'à observé *Duncan*, dont la malade n'a présenté ce symptôme que trois mois avant la mort.

Gusserow dit que, relativement à l'apparition des pertes fétides, l'hémorrhagie est généralement plus précoce dans le cancer du corps utérin. Dans

le cas actuel, l'écoulement vaginal, à odeur infecte, ne s'est montré en effet que bien plus tard.

Dans la sixième observation les hémorrhagies ont commencé à peu près une année avant les pertes fétides, dans notre cas presque deux années avant.

En 1872 se manifestent donc les douleurs et en 1880 survient la premièr métrorrhagie. Ce n'est que vers le mois de janvier 1884, autant qu'il résulte de l'observation que, en pratiquant le toucher vaginal, on constate que le doigt explorateur est couvert de *mucosités à odeur infecte*. La décomposition de la tumeur s'est donc opérée tardivement, circonstance qui vient à l'appui de l'opinion de *Gusserow*. Cependant la malade de la première observation de *Gallard* a présenté des pertes fétides déjà sept ou huit mois avant sa mort.

Il ne résulte pas des observations reproduiles ici que la fétidité des pertes fût moindre que dans le cancer utérin ordinaire, ainsi que le croit *Gusserow*.

Dans les deux cas qui lui appartiennent, *Kurz* signale des vomissements stercoraux précédant la mort. Sont-ils liés à l'existence du carcinôme utérin ? Cet auteur est le seul, parmi tous ceux que nous avons pu consulter, qui mentionne une pareille circonstance.

Dans le cas présent l'évolution du cancer était compliquée d'une affection pulmonaire grave et de troubles cardiaques, auxquels il faut sans doute faire une part dans les causes qui ont amené la

mort. Celle-ci est survenue dans la cachexie, qui s'est établie tardivement.

En concluant, les caractères principaux de ce cas seraient : la limitation exacte de la tumeur au corps utérin, le col ne présentant qu'un état d'irritation provoqué par le passage des matières ichoreuses ; la présence de métastases multiples et éloignées, comme dans les poumons et la dure-mère ; la tumeur secondaire du vagin, le col étant libre ; la dégénérescence kystique des ovaires accompagnée d'oophorite suppurée ; l'époque d'apparition des douleurs, des métrorrhagies et des pertes fétides ; enfin, l'état de nulliparité de la patiente.

En finissant ce travail, nous sentons le devoir de témoigner à M. le professeur Zahn toute notre gratitude pour la constante bienveillance avec laquelle il a dirigé nos travaux, et de remercier également MM. les professeurs Vulliet, Jentzer et Cordes, qui nous ont prêté un concours précieux dans nos recherches bibliographiques.

TABLEAU COMPARATIF DES CAS

Nº	AUTEURS	AGE	CARACTÈRES de la TUMEUR	RÉSULTAT DE L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE	MÉTASTASES	ÉTAT microscopique DU COL	COMPLICATIONS	OBSERVATIONS
1	*Kurz.*	60	Carcinôme.	Utérus en rétroflexion et comprimant le rectum. Corps utérin agrandi, dur, tendu. Col normal.	—	Libre.	Vomissements stercoraux accompagnant la mort.	—
2	»	50	»	Utérus agrandi et en rétroflexion. Portion cervicale petite. Cavité utérine mesurant 8 centimètres.	—	—	Idem.	La mort est survenue tardivement.
3	*Duncan.*	—	Squirrhe?	Tumeur dure, ronde, mobile, indolente, grosse comme une tête de fœtus à terme, située au détroit supérieur.	Vagin, ovaires, foie et poumons.	Pris.	Péritonite aigüe ayant entraîné la mort.	Femme paraissant bien portante au moment où elle entra à l'Hospice. Elle était d'un âge avancé. Avant l'examen de *Duncan* on avait cru à l'existence d'un *fibroïde.* Les douleurs et les métrorrhagies n'ont apparu que trois mois avant la mort.
4	*Barnes.*	—	Cancer épithélial?	—	—	Libre.	Perforation dans le rectum et le péritoine.	—
5	*Godson.*	52	Cancer épithélial.	Utérus mobile, paraissant normal. La sonde pénètre jusqu'à 62 millimètres et ramène un peu de sang.	—	Libre.	—	Femme d'apparence vigoureuse à son entrée à l'Hôpital. Douleurs intenses dans la région utérine, revenant tous les jours à 10 h. du matin et durant de 2 à 4 heures, ne cédant qu'à la morphine en injections sous-cutanées. Quinze jours avant la mort ont apparu des pertes fétides. Dans ce cas la lésion était limitée presque exclusivement à la muqueuse.
6	*Gallard.*	36	Epitheliôme pavimenteux.	Pas de renseignements à la palpation. Au toucher vaginal l'utérus est augmenté de volume, mobile et en antéversion. Col sain, légèrement entr'ouvert, douloureux à la pression.	—	Libre.	Constipation opiniâtre, anémie.	Les premières métrorrhagies furent précédées d'un écoulement sérieux abondant et sans odeur. Avant l'examen de *Gallard* on avait porté les diagnostics : *fibrôme interstitiel* et *métrite chronique avec antéflexion.* Les douleurs se sont montrées à peu près trois ans, les métrorrhagies deux ans et les pertes fétides dix mois avant la mort.
7	»	69	Cancer.	Utérus volumineux, enclavé, fortement incliné en avant et à gauche, douloureux à la pression. Sa surface est lisse. Le col est sain.	—	—	—	La femme paraissait bien portante au moment où M. Gallard la vit pour la première fois.
8	»	45	Cancer [1].	Tumeur globuleuse, douloureuse à la pression, située assez profondément en arrière du pubis. Au toucher vaginal : col augmenté de volume, de bonne consistance. Un petit bourrelet mollasse fait hernie entre les lèvres. Corps utérin augmenté de volume. Les culs-de-sac sont libres.	Vagin? [1]	[1]	Miction douloureuse, douleur cuisante à la vulve après la miction. Constipation.	Douleurs se calmant par la marche, revenant lorsque la malade se courbait. Ce cas se rapporte à une multipare dont les suites de couches furent pénibles.
9	*Cas actuel.*	60	Carcinôme alvéolaire.	La palpation abdominale dénote la présence d'une tumeur dans l'hypogastre. Au toucher vaginal l'on sent en arrière du cul-de-sac postérieur une tumeur volumineuse, lisse, dure, immobile. Col dur, entr'ouvert, douloureux à la pression et immobile. Le toucher rectal montre que la paroi antérieure du rectum est refoulée contre le sacrum par une grosse tumeur non mobile et douloureuse.	Vagin, ligaments larges, gangl. lymph. du bassin, de la région vertébrale, diaphragme, poumons, dure-mère.	Libre.	Foyer pneumonique du poumon droit; troubles cardiaques; œdème des membres inférieurs, constipation opiniâtre.	Troubles constants de la menstruation depuis les premières règles. Les douleurs ont débuté dix ans, les métrorrhagies deux ans et les pertes fétides quelques mois seulement avant la mort.

REMARQUES. — La malade de l'observation nº 8 a eu deux enfants ; les autres observations ne fournissent aucune indication à ce sujet. Le cas actuel concerne une nullipare.

[1] A l'époque où l'observation fut publiée, la malade vivait encore.